

ОПРОС ПО УСЛУГАМ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ ДЛЯ СЕМЕЙ* (YSS-F)

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы или ваш ребенок получаете или получите.

При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору.

Просьба полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР: Правильно ● Неправильно ✗ ✓

Отвечайте на следующие вопросы на основании **последних 6 месяцев ИЛИ** если вы не получали услуг в течение 6 месяцев, просто отвечайте на основании тех услуг, которые вы получали до сих пор. Укажите свой выбор: **Совсем не согласен, Не согласен, Не принял решения, Согласен** или **Полностью согласен** для каждого из утверждений внизу. Если вопрос задается о чем-то таком, что с вами или с вашим ребенком не произошло, закрасьте кружок ответа **Не применимо**, чтобы указать, что этот вопрос к вам не относится.

**НАЧНИТЕ
ЗДЕСЬ**



Примерно сколько времени вы получали здесь услуги?

- Это мой первый визит сюда. 1-2 месяца Более 1 года
 У меня было больше одного посещения, но я получал(а) услуги менее одного месяца 3-5 месяцев
 От 6 мес. до 1 года

	Совсем не согласен	Не согласен	Не принял решения	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
1. В общем, я удовлетворен(а) полученными моим ребенком услугами.	<input type="radio"/>					
2. Я помогал(а) выбирать услуги для моего ребенка.	<input type="radio"/>					
3. Я помогал(а) выбирать цели лечения моего ребенка.	<input type="radio"/>					
4. Люди, которые помогали моему ребенку, оставались с нами до конца.	<input type="radio"/>					
5. Я знал(а), что у моего ребенка было с кем поговорить, когда он / она был(а) обеспокоен(а).	<input type="radio"/>					
6. Я принимал(а) участие в лечении моего ребенка.	<input type="radio"/>					
7. Услуги, полученные моим ребенком и / или семьей, были для нас подходящими.	<input type="radio"/>					
8. Местоположение предоставления услуг было удобным для нас.	<input type="radio"/>					
9. Услуги предоставлялись в удобное для нас время.	<input type="radio"/>					
10. Моя семья получила помощь, которую мы хотели для своего ребенка.	<input type="radio"/>					
11. Моя семья получила помощь в таком объеме, в котором нуждался наш ребенок.	<input type="radio"/>					
12. Персонал относился ко мне с уважением.	<input type="radio"/>					
13. Персонал уважал религиозные / духовные убеждения моей семьи.	<input type="radio"/>					
14. Работники разговаривали со мной таким образом, что я понимал(а).	<input type="radio"/>					
15. Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.	<input type="radio"/>					

В результате полученных моим ребенком и / или семьей услуг:

16. Мой ребенок лучше справляется с ежедневной жизнью.	<input type="radio"/>					
17. Отношения моего ребенка с членами семьи стали лучше.	<input type="radio"/>					
18. Отношения моего ребенка с друзьями и другими людьми стали лучше.	<input type="radio"/>					
19. Успехи моего ребенка в школе и / или на работе стали лучше.	<input type="radio"/>					
20. Мой ребенок может лучше справляться, когда что-то происходит не так.	<input type="radio"/>					
21. В настоящее время я удовлетворен(а) своей семейной жизнью.	<input type="radio"/>					
22. Напишите замечания здесь и / или на обратной стороне данной формы, если необходимо. Нас интересуют как положительные, так и отрицательные отзывы.						

*Молли Бранк, кандидат наук, 1999 год. Этот документ был разработан как часть Индикаторного проекта штата, финансируемого Центром службы по охране психического здоровья (CMHS). Он был заимствован из Анкеты удовлетворения родственников, использованной вместе с Программой комплексной местной службы охраны психического здоровья для детей и их родственников и Опросом потребителей MHSIP (Программы по улучшению статистики психического здоровья).

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

P - RU

1 1 / 0 1 / 0 6

2684



Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, чтобы дать нам возможность немного вас узнать.

1. Какой у вас пол? Женский Мужской Иное
2. Кто-нибудь из родителей ребенка имеет мексиканское / испанское / латиноамериканское происхождение? Да Нет Неизвестно
3. Какой расы ваш ребенок? (Отметьте все, что к вам относится). Неизвестно
- Белый(ая) Американский индеец / Уроженец Аляски
 - Африканского происхождения / американец африканского происхождения Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
 - Азиат Иное

4. Какая у вашего ребенка дата рождения? (Напишите ее в квадратиках И закрасьте соответствующие кружки. Смотрите пример).

Дата рождения (месяц-день-год)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ПРИМЕР: Дата рождения 30 апреля 1987 года:

Дата рождения (месяц-день-год)

1. Напишите свою дату рождения →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Закрасьте соответствующие кружки

0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

5. За последний МЕСЯЦ сколько раз ваш ребенок был арестован за какие-нибудь преступления? Ни одного ареста 1 арест 2 ареста 3 ареста 4 ареста или более
6. Сколько раз ваш ребенок пропустил школу в течение прошлого МЕСЯЦА? 1 день или меньше От 3 до 5 дней Более 10 дней Не помню
- 2 дня От 6 до 10 дней потребителя
7. Были ли услуги, которые получил ваш ребенок, предоставлены на предпочитаемом им языке? Да Нет
8. Была ли письменная информация (например, брошюры, описывающие имеющиеся услуги, ваши права как потребителя и материалы по просвещению о психическом здоровье) предоставлена вам на предпочитаемом вами языке? Да Нет
9. Укажите, пожалуйста, кто помог вам заполнить какую-нибудь часть этого опроса (Отметьте все, что к вам относится):
- Мне не нужна была ничья помощь. Профессиональный опрашивающий помог мне.
 - Советник по психическому здоровью / доброволец помог мне. Врач моего ребенка / ведущий его дела помог мне.
 - Другой потребитель услуг по психическому здоровью помог мне. Другой работник кроме врача моего ребенка или ведущего его дела помог мне.
 - Мой родственник помог мне. Кто-то еще помог мне. Кто?: _____

Благодарим за то, что уделили время на ответы на эти вопросы!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code:

□	□
---	---

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Reason (if applicable):

Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

2684

